DIE

HERNIA INGUINALIS

BEIM

WEIBLICHEN GESCHLECHT

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG EINES FALLES VON SEHR GROSSER

HERNIA LABIALIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT

IM MAI 1878

VON

THEODOR AEPLI

ASSISTENZARZT IN MÜNSTERLINGEN.

MIT 2 TAFELN.

LEIPZIG,

DRUCK VON J. B. HIRSCHFELD.

1878.

40

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät zu Strassburg i E.
Referent: Professor Dr. Lücke.

MEINEM HOCHVEREHRTEN VATER

HERRN

SANITÄTSRATH DR. A. TH. AEPLI

IN ST. GALLEN

ALS ZEICHEN DER DANKBARKEIT.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547015_0055

Wiewohl die Literatur [1]) über Hernien eine ganz enorme Ausdehnung gewonnen hat, so ist doch die Hernia labialis bis jetzt kaum noch Gegenstand der Beschreibung geworden und ebenso wurde die Hernia inguinalis beim weiblichen Geschlecht überhaupt ziemlich vernachlässigt.

Der Fall einer Hernia labialis, wie er schöner kaum vorkommen könnte, und den ich auf der Klinik des Herrn Professor Lücke in Strassburg, welchen ich für die gütige Ueberlassung dieser Patientin an diesem Orte herzlich danke, zu beobachten die Gelegenheit hatte, bewog mich, diesem Gegenstande meine Aufmerksamkeit zuzuwenden und meine diesbezüglichen Beobachtungen an die Oeffentlichkeit zu bringen.

Anamnese.

H. R. geb. G. von Benfeld im Elsass, 29 Jahre alt, verheirathet, will als Kind immer ganz gesund gewesen sein. Ihr geistiger und körperlicher Zustand liessen im Mädchenalter nichts zu wünschen übrig und auch in ihrem späteren Alter kann sich Patientin nicht erinnern, vorher je schwere Krankheiten durchgemacht zu haben.

Im 16. Jahre wurde sie zum ersten Mal menstruirt und sollen nie Störungen ihrer Menses vorgekommen sein.

---

1) Linhart, Vorlesungen über Unterleibshernien. Würzburg 1866. — Malgaigne, Leçons cliniques sur les hernies 1841. — Richter, Von den Brüchen 1785. — Hesselbach, Lehre der Eingeweidebrüche 1829. — Gosselin, Leçons sur les Hernies abdominales 1865. — Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. — Schiff, Das Ligamentum rotundum. Wiener Jahrbücher 1872. — Balassa, Unterleibshernien. Wien 1856.

Im 21. Jahre bemerkte Patientin zufällig, dass sich beim Stehen in der Gegend des linken äusseren Leistenringes eine klein-nussgrosse, teigige, weiche Geschwulst bildete, die beim Liegen wieder verschwand, ihr keine Beschwerden machte und deren Zustandekommen sie mit strengem Dienst auf dem Lande in Verbindung brachte.

Im 22. Jahre gebar Patientin zum ersten Mal, und zwar soll der Arzt die Zange in Anwendung gebracht haben. Die zweite Geburt, die ein Jahr später eintrat, war laut Aussage der Patientin normal; dasselbe war bei einer dritten Geburt in ihrem 24. Jahre der Fall. Nach weiteren zwei Jahren musste der Arzt abermals zu der Gebärenden gerufen werden, er musste wieder den Forceps anwenden und soll er dazumal den „Schaden in der Leiste", der damals gut zwei Fäuste gross gewesen sein soll, noch reponirt haben, allerdings ohne Nutzen, da die Hernie gleich wieder zum Vorschein kam.

Ihr letztes Kind gebar Patientin im December letzten Jahres, und es soll die Hernie, die seit zwei Jahren ums Doppelte an Volumen zugenommen hatte, zu dieser Zeit nicht mehr reponibel gewesen sein. Bei der Geburt legte Patientin dieses Hinderniss einfach über ihren linken Oberschenkel auf die Seite.

Beschwerden machte ihr die Hernie, die also ganz allmählich grösser wurde nicht besonders, nur hatte Patientin beim Gehen, Bücken und Arbeiten ein Gefühl von Schwere und Druck im Unterleib, sowie ein Brennen und Jucken an der Innenseite des Tumors und des rechten Oberschenkels. Trauma sowie Erblichkeit ist in diesem Falle entschieden nicht nachzuweisen.

Status.

21. Januar 1877. Kräftige, ziemlich gut genährte Patientin, mässiger Panniculus adiposus, ziemlich gesunde Gesichtsfarbe.

Beim Aufdecken der im Bette liegenden Patientin fällt Einem sofort ein ganz enormer, kindskopfgrosser Tumor in die Augen, der die ganze Schamgegend verdeckt und beim ersten Anblick ein ganz auffallendes, nicht leicht zu vergessendes Bild darbietet.

Beim Stehen bemerkt man zwischen beiden Oberschenkeln eine fast bis zu den Knien herabhängende, länglich-ovale Geschwulst, die die Vulva dem Auge des Beobachters gänzlich verbirgt und nach oben hin deutlich gestielt erscheint. Dieser Stiel lässt sich gut oberhalb des Ligamentum Poupartii durch den äusseren Leistenring in den Canalis inguinalis hinein, der bedeutend erweitert und für drei Finger passirbar ist, verfolgen.

Die Länge des Tumors ist beim Liegen gemessen:

von der Symphyse über die vordere Fläche	35 Cm.
die absolute Länge, vom äusseren Leistenring bis zum Fundus	27 „
der grösste Dickenumfang	52 „
der Dickenumfang des Stiels	39 „

Beim Stehen sind beinahe alle Maasse um einige Centimeter grösser, nämlich:

Länge über die vordere Fläche, gemessen wie oben . .	37 Cm.
absolute Länge, gemessen wie oben	28 „
grösster Dickenumfang	52½ „
Dicke des Stiels	37 „

Die Haut über dieser Geschwulst ist locker, lässt sich in grossen Falten abheben, ist stark braun, theilweise fleckig, theilweise punktförmig pigmentirt und zeigt auf der Oberfläche eine Menge ausgedehnter, kreuz- und querziehender Venen.

Durch eine quere, circa halbmondförmige Einschnürung erscheint der Tumor selbst in eine obere, grössere, und eine untere, kleinere Hälfte getheilt.

Die Palpation, bei der man ein deutliches Gurren und Quatschen hört, ergibt im oberen Theil das Gefühl eines elastischen, mit Luft gefüllten Darmes; bei der Percussion zeigt sich dem entsprechend schöner, tympanitischer Ton; der Theil der unterhalb der bereits erwähnten Furche gelegen ist, d. h. circa die unteren 10 Cm., fühlt sich hart, knollig, wie Netz an und ergibt absoluten Schenkelton.

Das Labium majus, das ganz in der Geschwulst aufgeht, ist total nach unten verzogen; ebenso ist das Labium minus ganz in die den Tumor bedeckende Haut aufgegangen und ist nur an der Innenseite des letzteren durch schwächere Pigmentirung als ehemaliges Solches nachweisbar.

Der Befund der inneren Organe ist ein durchaus normaler, mit Ausnahme der Leber, die um etwa vier Fingerbreite nach unten verlagert ist; Uterus etwas antevertirt. Mammae prall gespannt, sondern reichlich Milch ab.

Bauchhaut mit theils frischern, theils älteren Schwangerschaftsnarben bedeckt. Die Bauchdecken sind sehr schlaff, lassen sich leicht zurückdrängen, so dass ohne Schwierigkeit und bei nur ganz gelindem Druck die Wirbelsäule durchgefühlt werden kann.

Beide Unterschenkel, und zum Theil auch die Oberschenkel sind mit ausgedehnten Varicen überdeckt.

Patientin klagt über keine besonderen Schmerzen, nur hat sie das Gefühl von grosser Leere und von Ziehen beim Stehen im Unterleib.

Stuhl etwas retardirt, kein Aufstossen, kein Erbrechen, keine Druckempfindlichkeit über Magen und Darm.

Urinsecretion qualitativ und quantitativ normal.

26. Januar 1877.

Gestern Abend wurden einige Zeit lang, nachdem die Patientin vorher einige Tage lang durch ein, unter den Steiss gelegtes Kissen hochgelagert worden war, Repositionsversuche gemacht, worauf ein grosser Theil der Hernie unter lautem Gurren und Quatschen in die Bauchhöhle zurückgebracht werden konnte und der Tumor nur noch etwa zwei Fäuste dick vorlag.

Ueber die Nacht fiel aber die ganze Geschwulst wieder vor.

5. Februar 1877.

Seit zwei Tagen ist der Bruch, ohne dass man wieder Repositionsversuche gemacht hätte, entschieden von selbst wieder kleiner geworden.

Beim Liegen ist die Länge über die vordere Fläche 30 Cm.
die absolute Länge . . . . . 26 „
der grösste Umfang . . . . . 42 „

Während der Nacht soll die Geschwulst, nach den Angaben der Patientin, regelmässig noch kleiner sein, und erst gegen Morgen, mit den beginnenden Bewegungen der im Bette Liegenden wieder wachsen.

Heute erscheint das Labium minus als eine vom Introitus vaginae circa 3 Cm. weit weg gelegene, schmale, weissröthliche Leiste.

10. Februar 1877.

Status idem; in den letzten Tagen hat sich der Tumor nicht mehr erheblich verkleinert.

21. Februar 1877.

Nachdem Patientin seit einigen Tagen noch höher gelagert wurde, nahm der Umfang des Tumors noch mehr ab, und heute konnte bei einem Repositionsversuche wieder der ganze obere Theil in die Bauchhöhle zurückgebracht werden, so dass die Hernie um mehr als die Hälfte verkleinert erscheint und fast ausschliesslich nur noch Netz enthält. Die Maasse sind nun heute folgende:

Ueber die vordere Fläche	27 Cm.
absolute Länge	22 „
grösste Dicke	43 „

Die Nymphe ist wieder deutlich an ihrem Platze sichtbar.

23. Februar 1877.

Heute Morgen konnte der Bruch, der seit vorgestern wieder grösser geworden war, soweit es den mit Därmen gefüllten Theil betraf, ganz reponirt werden, und es befindet sich nun ein, nur noch etwa faustgrosser, ganz aus Netz bestehender Tumor ausserhalb der Bauchhöhle.

Die Bruchpforte ist nur deutlich als ein für circa drei Finger durchgängiger, an den Rändern strammer, und direct in die Bauchhöhle hineinführender Ring zu fühlen.

Mittelst eines Wattetampons und Binden wird versucht die Hernie zurückzuhalten.

Unangenehme Empfindungen oder gar Störungen hat die Patientin seit der Reposition nicht, da die schlaffen Bauchdecken den zurückgebrachten Därmen keinen Widerstand entgegensetzen. Im März 1877 wurde Patientin, wie ich nachträglich in Erfahrung gebracht, mit einem Suspensorium entlassen.

Wenn wir nun die Literatur der Hernien durchsehen, so finden wir, so gross dieselbe ist, doch nur folgende Fälle von Hernia labialis verzeichnet:

Monod: Hernie inguinale chez une femme, Gaz. des hôp. 1843.

Verfasser beobachtete bei einer Frau diesen Fall von Inguinalhernie, welch' Letztere bis in das Labium majus hinunterging: Die Geschwulst begann in gleicher Höhe mit der äusseren Apertur des Leistenkanales, ging fast bis zum Ende der grossen Schamlippe hinab, war bei Druck wenig schmerzhaft, weich, die sie bedeckende Haut zeigte sich nicht empfindlich, nicht verändert.

Malgaigne (Leçons cliniques sur les hernies, 1841) äussert sich folgendermaassen: Généralement elle (la hernie labiale) n' acquiert pas alors aussi souvent un volume aussi considerable que l'oschéocèle de l'homme; mais j'ai vu plus d'une fois de ces hernies labiales attendre le volume d'un oeuf de cane; et une fois j'ai vu la tumeur descendre jusqu' à la moitié de la cuisse.

Chassaignac (Revue méd.-chirurg. de Paris) behandelte eine 29jährige Wäscherin, die in ihrem 15. Jahre eine Hernie bekommen hatte, die durch ein Bruchband zurückgehalten werden musste, ihr jedoch nie Beschwerden verursacht hatte. Im April 1853 kam sie von Schmerzen, die ihren Sitz in der Leistengegend hatten, gequält ins Krankenhaus. Chassaignac erkannte in der rechten Schamlippe eine orangegrosse, mit gerötheter Haut bedeckte, bei der Berührung schmerzhafte Geschwulst, die sich deutlich in den Inguinalkanal verlängerte und alle Symptome einer eingeklemmten Hernie darbot.

Herniotomie, — Heilung.

Dr. Deutsch in Nicolai beobachtete bei einer 46jährigen Frau eine Hernie der Schamlippe mit Einklemmung (Schmidt's Jahrbücher 1855 S. 163).

Boeckel, Quelques exceptionels de hernies (Gaz. médic. de Strassbourg 1864) behandelte ebenfalls eine Frau die 45 Jahre alt war und an einer Einklemmung einer Labialhernie litt.

Merkel (Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der Medicin von R. Virchow und August Hirsch, 1873) theilt einen Fall incarcerirter Labialhernie mit.

Linhart spricht in seinen „Vorlesungen über Unterleibsbrüche Würzburg 1866“ Folgendes über die Grösse der Schamlippenbrüche:

Labialhernien sind selten von ausserordentlicher Grösse, doch habe ich eine gesehen welche bis über die Mitte des Schenkels hinabreichte. An der Innenfläche der Geschwulst, die zum grössten Theile der Innenfläche des Labiums und dem Vestibulum angehört, lag etwa ein Schuh von der Schamspalte entfernt die Nymphe.

Einen in „The Lancet“ veröffentlichten Fall von Hernia labialis siehe Unten.

Gehen wir nun zur Entwicklungsgeschichte und Physiologie des Inguinalkanales und des Ligamentum rotundum über, so sehen wir, dass dieses Gebiet, hinter dem der Anatomie weit zurückgeblieben ist, und dass wir über die Vorgänge, wie der Canalis inguinalis und das diesen durchsetzende Ligamentum rotundum gebildet werden, noch fast ganz im Unklaren sind.

Wir wissen nur soviel, dass die Bildung des Leistenkanales in der ersten Zeit, ungefähr im dritten Monat des fötalen Lebens vor sich geht und schon vor dem Hinabsteigen des Hodens, welches man früher als Ursache der Bildung des Leistenkanales (wenigstens beim Mann) ansah, vollendet ist.

Schon in den ersten Monaten des Fötallebens sehen wir von

dem Wolff'schen Körper, der Primordialniere des Menschen, welche beim Hühnchen sich schon am dritten oder vierten Tage zu bilden beginnt, und zu beiden Seiten der Wirbelsäule, hinter dem Peritoneum zu liegen kommt, längs des M. psoas einen bindegewebigen, weissen Strang, der in einer Bauchfellfalte liegt, gegen die vordere Bauchwand hingehen. Dieser Strang, der unter dem Namen Gubernaculum Hunteri bekannt ist, spielt beim männlichen Geschlecht eine grosse Rolle, indem es dem herabsteigenden Hoden seine Bahn anweist.

Beim weiblichen Geschlecht vereinigt es sich mit dem Uterus, an welchem es sich als Ligamentum rotundum an seiner oberen und äusseren Seite inserirt.

An der Stelle der Bauchwand, in welche sich das Hunter'sche Band heranbegibt, bildet sich eine kleine Ausbuchtung des Peritonealsackes, welche sich stetig vergrössert, indem sie die vor sich gelegenen Schichten der Bauchwand auseinanderdrängt und sich schliesslich beim Weibe bis in das Labium majus hinuntersenkt.

Das Gubernaculum begibt sich ebenfalls in das Labium majus hinunter und liegt an der hinteren und inneren Seite dieser Peritonealausstülpung.

Prof. Hermann Meyer in Zürich war der erste, der nachwies, dass auch der weibliche Fötus einen Processus vaginalis peritonei besitze. Er fand zuerst bei einem neugeborenen Hunde an der vorderen Bauchwand jederseits eine circa eine Linie im Durchmesser haltende Oeffnung und bald nachher machte er dieselbe Beobachtung bei sechs menschlichen Fötus.

Entweder lag das Ligamentum uteri rotundum frei neben diesem Processus vaginalis oder er fand es in dessen Wandung, wie in einer Falte, eingesenkt.

In selteneren Fällen ist diese Ausbuchtung, in welche sich Hernien als sogenannte angeborene Leistenhernien senken können, bei Erwachsenen noch offen und gibt so Veranlassung zu dieser Art von Brüchen bei Leuten in schon höherem Alter; gewöhnlich schliesst sich aber dieser sogenannte Nuck'sche Kanal schon sehr früh.

Die Physiologie und Anatomie gibt uns einige sehr wichtige Anhaltspunkte zum richtigen Verständniss der Entstehung der Inguinalhernien und hat Schiff eine Anzahl sehr interessanter Untersuchungen gemacht, die er in den Wiener Jahrbüchern 1872 niederlegte.

Nach ihm besteht das Ligamentum uteri rotundum aus glatten und quergestreiften Muskelfasern, Bindegewebe, elastischem Gewebe, Gefässen und Nerven.

Die glatten Muskelfasern verlaufen hauptsächlich im oberen Dritttheil des Ligaments, die quergestreiften in den zwei unteren und wenden sich, am inneren Leistenring angekommen, in einem Bogen zum Musculus transversus abdominis.

Einzelne Faserbündel laufen jedoch in manchen Fällen selbst noch in den Inguinalkanal hinein und begleiten so den bindegewebigen Theil dieses Ligaments, der hier theils in die Aponeurose der Bauchmuskeln, theils in das subcutane Bindegewebe des Mons veneris und theils selbst bis in die Labia majora ausfasert. Im puerperalen Zustand sollen nach Untersuchungen von Schiff die Ligamenta rotunda bedeutend an Dicke zunehmen, etwa um das Vierfache und am unteren Ende des oberen Dritttheils bis zum Canalis inguinalis sich in einer Dicke von 3 Mm. präpariren lassen; auch Hyrtl (Topographische Anatomie) hat diese Beobachtung gemacht und sah das runde Mutterband sich bis zu Fingerdicke vergrössern.

Wenn nun einzelne Muskelfasern oder Muskelbündel noch bis in den Inguinalkanal hineinziehen und sich diese in der Schwangerschaft durch Hypertrophie vergrössern und an Zahl vermehren, so muss offenbar der Canalis inguinalis einen viel bedeutenderen Querdurchmesser erhalten, und es lässt sich leicht denken, dass sich bei der Rückbildung dieser Muskelzüge der Leistenkanal nicht mehr bis auf den früheren Durchmesser verengt und so dem Zustandekommen von Hernien günstig ist.

Es ist mir bei der Durchsuchung der Casuistik über Leistenhernien bei Frauen aufgefallen wie oft solche, und besonders solche von ziemlicher Grösse bei Frauen auftreten, die schon geboren haben und gewöhnlich schon mehrmals eine Schwangerschaft durchgemacht hatten.

Dass einestheils nicht alle Frauen die geboren haben, und anderntheils Frauen vor einer Schwangerschaft an Inguinalhernien leiden, beweist nichts gegen meine Ansicht, da im ersteren Falle sich die Muskelbündel entweder nicht bis in den Inguinalkanal hinein fortsetzten, oder sich nicht stark vergrösserten oder sich nicht zurückbildeten, oder endlich bei ihrer Zurückbildung die Wandungen des Inguinalkanales selbst zu einander hinzogen, im zweiten Falle ja ganz leicht der Nuck'sche Kanal auf irgend eine Art nicht zur Obliteration gelangt sein kann.

Die rein anatomischen Verhältnisse des Inguinalkanales beim Weibe sind durchwegs analog denen beim Manne und bedürfen deshalb, um nicht längst Bekanntes zu bringen, keiner näheren Erklärung, nur müssen wir uns Folgendes merken:

Der Inguinalkanal beim Weibe ist um ein Geringes enger und etwas länger als beim Manne, ersteres weil er nur dem Ligamentum rotundum statt dem dickeren Samenstrang Platz zu machen hat, letzteres weil beim Weibe der Abstand der Spinae anteriores superiores der Darmbeine von der Symphyse grösser ist als beim Manne.

Wenn wir nun zur Statistik der Inguinalhernien übergehen, so muss es schon aus diesen rein anatomischen Gründen auffallen, dass Malgaigne zu einem Schlusse kam, dem die Erfahrungen und Untersuchungen aller früheren und späteren Statistiker bis auf die heutige Zeit widersprechen. — Bekanntermaassen fand er nämlich bei seinen Untersuchungen über die Inguinalhernien bei Frauen, dass dieselben viel häufiger vorkommen, als die Cruralhernien.

Malgaigne spricht sich darüber folgendermaassen aus:

Toute l'antiquité, tout le moyen-âge, tout le XVI. siècle avec la majeure partie du XVII., avaient pensé qu'il n'en existait pas d'autres dans l'aine; n'était-ce pas là une doctrine bien appuyé sur l'autorité et sur ce qui on appelle quelquefois l'experience des siècles!

Mais quand Barbette et Verheyen eurent éveillé l'attention sur cette autre hernie du pli de l'aine, qui traverse l'anneau crural, on se tourna peu à peu vers l'extrême opposé, et à entendre quelques chirurgiens c'est à peine si l'on rencontrait par hasard chez la femme quelques hernies inguinales: l'immense majorité serait des hernies crurales . . . mais j'étais et je suis encore d'avis que les hernies inguinales sont plus commune chez les femmes que les crurales.

Zu seinen Gunsten führt er dann folgende Beweise an:

Sur 62 femmes affectées de hernies dans l'aine 54 portaient des hernies inguinales, 7 des crurales, une à la fois une inguinale et une crurale. C'était une disproportion énorme et que je n'ai jamais retrouvée depuis.

Monnikoff d'Amsterdam, sur 516 femmes hernieuses, n'en avait trouvé que 121 affectées de hernies crurales contre 366 qui portaient des hernies inguinales.

Aber dieser allerdings ganz enorme Unterschied zwischen Inguinal- und Cruralhernien ist gewiss ein ganz zufälliger, und Malgaigne widerspricht sich auch bald nachher, indem er gleich neben den oben genannten Zahlen wieder folgende anführt:

Sur 1141 femmes hernieuses il s'en trouvait 693 affectées de hernies inguinales ou crurales; or sur ce nombre les bandagistes anglais n'ont vu que 44 hernies inguinales contre 649 hernies crurales, ce qui ne fait pas même 1 sur 15.

Im December 1836 wurden in der Salpetrière 3044 alte Frauen

untersucht, von denen 146 an Hernien litten; 67 davon waren Schenkel-, 40 Leisten- und 30 Nabelbrüche. 9 Brüche hatten ihren Sitz in der Leiste und waren zweifelhaft.

Joseph Scholz (Wiener med. Wochenschrift) gibt eine Uebersicht über die in zwanzig Jahren (1844—63) auf der chirurgischen Abtheilung von F. Lorinser im Wiedener Krankenhaus zu Wien vorgekommene Unterleibsbrüche, denen wir Folgendes entnehmen:

	Hernia inguinal.	Hernia crural.
Männer	215	53
Weiber	4	138

Linhart (Ueber die Schenkelhernien 1852) beobachtete in Erlangen von 122 mit Hernien behafteten Weibern 23 Inguinal- und 99 Femoralhernien, also fast fünfmal mehr von den letzteren.

Gosselin hat eine Statistik der in der medicinischen Fakultät zu Paris beobachteten Unterleibshernien gemacht und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

Geschlecht	Leistenbrüche				Schenkelbrüche			
	rechts	links	doppelt	Summe	rechts	links	doppelt	Summe
Männlich	1867	991	2072	4930	61	34	55	150
Weiblich	161	134	106	401	183	113	120	416
	2028	1125	2178	5331	244	147	175	566

Allerdings ist in diesem Falle die Differenz zwischen der Anzahl der Inguinal- und der Cruralhernien beim weiblichen Geschlecht eine so minime, dass sie uns absolut keine Schlüsse in dieser Hinsicht zu machen gestattet, auffallend aber ist, dass, während dem bei Männern immer weit mehr Inguinalhernien der rechten Seite vorkommen, sich beim weiblichen Geschlecht beide Seiten so ziemlich das Gleichgewicht halten.

Wichtiger sind folgende Zahlenverhältnisse, die Frickhoffer in den medicinischen Jahrbüchern für Nassau (bearbeitet von 1818 bis 1858) aufführt.

Unter 1027 Brüchen waren Inguinalhernien 423 bei Männern, 163 bei Weibern.

Um nun unsere Statistik möglichst unparteiisch darzustellen, können wir diese sämmtlichen, bis jetzt gefundenen Resultate zusammenstellen und erhalten, wenn wir vorerst die Malgaigne'schen Ziffern weglassen, von 1881 bei Weibern beobachteten Hernien 512 Inguinal- und 1369 Cruralhernien. Aber auch mit Hinzufügen des

eigenthümlichen, von Malgaigne beobachteten Verhältnisses tritt mit 1497 Cruralhernien gegenüber 932 Inguinalhernien das unumstossbare Factum ein, dass Cruralhernien beim Weibe häufiger sind als Inguinalhernien.

Monnikoff fand von 885 Leistenbrüchen 710 bei Männern, 175 bei Weibern. Zusammen hatten diese 1090 Leistenbrüche, von denen 672 auf der rechten Seite und 418 auf der linken Seite waren; 205 waren beiderseitig (Hesselbach, Lehre der Eingeweidebrüche 1829).

Nach Thomas Bryant (Guy's Hosp. Rep. 3. Ser.) kommen unter 100 Leistenhernien 97,6 auf Männer, 2,4 auf Weiber; die Leistenhernien sind demnach (wenigstens nach dieser Beobachtung) um 95,5 Proc. häufiger beim Manne als beim Weibe.

Solche Beobachtungen wieder waren sehr geeignet eine Ansicht aufzustellen, die einige Zeit herrschte, nämlich dass Inguinalhernien beim weiblichen Geschlechte sehr selten seien. Dagegen sprechen die vielfachen Beobachtungen, die J. A. Kingdon, Chirurg der Londoner Bruchbandgesellschaft, machte. Dieser gibt an, zu wiederholten Malen dieselben beim weiblichen Geschlecht, selbst bei jungen Kindern gesehen zu haben und führt als Grund an, dass man sie für so selten hält, weil sie nicht leicht einen grossen Umfang erreichen und niemals eingeklemmt werden, so dass sie die Aufmerksamkeit nur wenig auf sich ziehen.

Er versichert ferner, dass auch bei erwachsenen Frauenzimmern die Hernia inguinalis im Vergleich zur Femoralhernie häufiger vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird, und auch hier ist zu bemerken, dass letztere zur Einklemmung sehr geeignet sind, während im Gegentheil Inguinalhernien beim Weibe fast immer von unbedeutendem Umfange und leicht reponibel sind (Archiv für klinische Chirurgie, Langenbeck 1861).

Im Durchschnitt hat von zwanzig Menschen einer eine Hernie, auf vier Hernien beim Manne kommt eine auf das weibliche Geschlecht.

Das Verhältniss zwischen Leistenbruch beim Manne und beim Weibe ergibt sich ungefähr wie 10 : 1.

Was nun das Vorkommen der Inguinalhernien beim weiblichen Geschlecht in Bezug auf das Alter betrifft, so hat uns A. Wernher, „Zur Statistik der Hernien", Archiv für klin. Chirurgie 1869 einige werthvolle Ziffern zu Gebote gestellt, die er von achtjährigen, von 1860—1867 im London. Truss. Soc. an 37,873 Personen angestellten Beobachtungen gesammelt hatte.

Bei allen diesen konnte das erste Auftreten der Hernien ermittelt werden.

Von diesen Inguinalhernien kamen vor: 34,788 bei Männern und 3085 bei Weibern.

Letztere 3085 verhalten sich, nach dem Alter geordnet, folgendermaassen:

Alter	Anzahl der Fälle
Unter 1 Jahr	252
1—10 „	448
11—20 „	461
21—30 „	748
31—40 „	607
41—50 „	317
51—60 „	143
61—70 „	87
71—95 „	19

Dazu zum Vergleiche 3191 Cruralhernien.

Alter	Anzahl der Fälle
Unter 1 Jahr	0
1—10 „	20
11—20 „	207
21—30 „	841
31—40 „	962
41—50 „	672
51—60 „	343
61—70 „	123
71—95 „	32

Wie aus diesen Ziffern ersichtlich, fällt der Höhepunkt des Entstehens von Leistenhernien in die Zeit des 21.—30. Jahres, also gerade in die Zeit in der die ersten Geburten stattfinden. Auch die zwanzig folgenden Jahre weisen noch sehr beträchtliche Ziffern auf und an diesen namentlich wieder die zwischen 31 und 40, die man alle ganz gut ebenfalls den Folgen überstandener Geburten (soweit diese die oben erwähnten Veränderungen des Ligamentum rotundum betreffen) zurechnen darf.

Aber auch die ersten zehn Jahre zeigen eine ziemlich starke Disposition zu Hernien, währenddem in den späteren Jahren, also etwa vom fünften Decennium an überhaupt wenig Hernien entstehen und die Häufigkeit, mit der wir alte, mit Hernien behaftete Leute zu sehen bekommen, stammt nur daher, weil diese Brüche schon seit längerer Zeit bestehen.

Wernher hat auch eine Zusammenstellung der Hernien in Bezug auf die Menge der Geburten gemacht, die wir hier wiedergeben. Von 210 mit Inguinalhernien behafteten Müttern fielen auf:

Mutter	mit	1	Kind	40
„	„	2	Kindern	26
„	„	3	„	33
„	„	4	„	25
„	„	5	„	26
„	„	6	„	11
„	„	7	„	11
„	„	8	„	8
„	„	9	„	8
„	„	10	„	5
„	„	11	„	7
„	„	12	„	5
„	„	13	„	3
„	„	14	„	1
„	„	15	„	—
„	„	16	„	—
„	„	17	„	1
„	„	18	„	—

Die höchste Zahl, 39,9 Proc. fällt auf die erste Geburt, von hier an nehmen mit der Anzahl der Geburten auch die Procentsätze stetig ab; es ist dies ganz begreiflich, da die erste Geburt es namentlich mit sich bringt, dass der Inguinalkanal erweitert wird und dass, wenn dies einmal geschehen, eine zweite, dritte, oder xte Geburt keine Veränderung mehr bewirken kann; anderntheils ist auch nicht gesagt, dass eine Frau, die mehrere Kinder hat, ihre Hernien bei der letzten Geburt acquirirt haben muss, sondern es ist ganz wohl möglich, dass der betreffende Bruch schon nach dem ersten Kinde bestanden hat. Wenn also zum Beispiel 26 Mütter mit je fünf Kindern als herniös befunden wurden, so ist damit nicht gesagt, dass sie zur Zeit als sie vier oder drei oder ein Kind hatten, nicht schon an Hernien litten.

Einige einschlägige Beispiele dafür fanden sich auch in der Literatur verzeichnet:

Bryant, Some suggestions for an improved practice in stranguladed hernie; the Lancet March 1861 theilt folgenden Fall mit:

Ein Mädchen von 31 Jahren trug seit 4 Jahren eine rechtsseitige Inguinalhernie, welche, früher reponibel, jetzt unbeweglich geworden war. Nach vierjährigem Bestehen der Unbeweglichkeit wurde Patientin schwanger; mit der Zunahme des Leibes verkleinerte sich die Geschwulst immer mehr, und war am Ende der Schwangerschaft ganz verschwunden. Die Geburt verlief leicht; nach derselben bemerkte Patientin wieder eine ganz kleine Geschwulst, die beim Aufstehen und Bücken am vierten Tage plötzlich bis zur Grösse einer Faust hervordrang und dann reponirt werden konnte.

Die Erklärung hierzu gibt uns auch hier wieder die Ausdehnung des Leistenkanales während der Schwangerschaft, weshalb ein Zerreissen der Adhäsionen und ein plötzliches Hervordringen des faustgrossen Tumors einige Tage nach der Entbindung entstand und die Möglichkeit einer Reposition eintrat.

Dass die Bauchöffnung des Leistenkanales in verhältnissmässig kurzer Zeit nach einer Schwangerschaft sehr erweitert sein kann, so dass sogar der Uterus durch ihn Weg findet, beweist folgender Fall, beobachtet von Dr. Rectorzik (Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde 1860):

C. M., 32 Jahre alt, bemerkte einige Zeit nach der vor 2 Jahren stattgehabten Geburt ihres fünften Kindes in der rechten Leistengegend eine schmerzlose, etwa eigrosse Geschwulst, die von ihr nicht weiter beobachtet wurde. Im Februar 1858 fing die Geschwulst unter stetiger Zunahme ihrer Grösse zu schmerzen an. Die Menstruation blieb aus und die Kranke musste wegen heftiger Schmerzen den grössten Theil des Tages das Bett hüten. Anfangs Juni fühlte die Patientin Bewegungen in der Geschwulst, den Kindesbewegungen gleich, worauf der Zustand von dem behandelnden Arzt als Graviditas extraabdominalis erkannt wurde. Die ovale Geschwulst, deren unteres Ende bis zu den Knien reichte, ging gestielt von der rechten Leistengegend aus und lagerte zwischen beiden Oberschenkeln. Die grösste Länge des Tumors war 42 Cm., seine grösste Breite 25 Cm., die Peripherie des Stiels war 36 Cm.

Wie nun der anatomische Bau des Leistenkanales beim Weibe ganz analog dem des Mannes ist, so muss auch die anatomische Entstehung der Hernie ganz dieselbe sein wie beim Manne.

Auch hier unterscheiden wir in erster Linie einen äusseren und einen inneren Leistenbruch, je nachdem der Bruchsack durch die Fovea inguinalis externa, also auf der äusseren Seite der Vasa epigastrica in den Leistenkanal eintritt oder durch die Fovea inguinalis interna, also diese Gefässe selbst jetzt an seiner äusseren Seite befindlich sind.

Der äussere Leistenbruch, Hernia inguinalis externa, s. obliqua, der beim weiblichen Geschlecht seltener ist als beim männlichen, da der hintere Leistenring bei ersterem enger ist als bei letzterem, nimmt also seinen Anfang am Bauchring des Leistenkanales und senkt sich langsam durch den ganzen Canalis inguinalis herunter, um schliesslich als Hernia labialis, respective als Hernia labialis anterior im Zellgewebe der grossen Schamlippe zu erscheinen.

Das Ligamentum rotundum uteri liegt hinter dem Bruchsack und nach innen von demselben, der Bruch selbst erscheint sehr oberflächlich unter der Haut, da er im Gegensatz zum männlichen Leistenbruch, der noch die Hüllen des Samenstranges über sich hat, ausser der Haut und etwas Zellgewebe keine Decke besitzt.

Bei Mädchen sind schon oft angeborene Leistenhernien beobachtet worden (nach einer neueren Untersuchung von Zuckerkandl bei weiblichen Kinderleichen unter 29 Fällen 4 mal), die immer äussere sein müssen und durch den offen gebliebenen Canalis Nuckii ausgetreten sind. Auch bei Erwachsenen können auf diese Art äussere Leistenhernien entstehen, wenn sich dieser Kanal nicht schliesst; im Allgemeinen sind aber äussere Leistenhernien erfahrungsgemäss viel seltener bei Weibern als innere.

Der innere Leistenbruch, Hernia inguinalis interna s. directa, s. Hernia Hesselbachi (nach Linhart Hernia media) dringt an der inneren Seite der durch die Vasa epigastrica bedingten Peritonealfalte direct durch die hintere Leistenwand und kommt durch den äusseren Leistenring zum Vorschein. Das Ligamentum rotundum liegt an der hinteren und äusseren Seite des Bruchsackes.

Die relative Häufigkeit mit der dieser Bruch, im Vergleich zum männlichen Geschlecht auftritt, liegt in der Ausdehnung, welche der Leistenkanal während der Schwangerschaft durch das hypertrophirte Ligamentum rotundum erleidet und der daherigen Erschlaffung der Fascia transversa, welche durch den Bruch hervorgedrängt wird; angeboren kann diese Hernie nie sein. Im Gegensatz zum äusseren Leistenbruch entsteht dieser plötzlich, da der Weg, den dieser zu machen hat, ein sehr kleiner ist.

Auch die nach Linhart's Eintheilung benannte Hernia inguinalis interna (nach Anderen Hernia inguinalis obliqua interna), welche durch die Fovea inguinalis interna, zwischen der Plica vesico-umbilicalis lateralis, d. h. zwischen der durch die vernarbte Nabelarterie hervorgebrachten Peritonealfalte und der Plica vesico-umbilicalis media, die durch den vernarbten Urachus erzeugt ist, hervorkommt, findet sich beim weiblichen Geschlecht.

Natürlich findet auch die Eintheilung in complete und interstitielle Leistenhernien, d. h. je nachdem die Hernie schon den äusseren Leistenring passirt hat, oder ob sie noch im Inguinalkanal liegt, hier ihre gleiche Berechtigung, wie bei den Hernien des männlichen Geschlechtes.

Was die Aetiologie der Inguinalhernien bei Weibern anbe-

langt, so ist in erster Linie, wie schon früher angedeutet, die Schwangerschaft ein hauptsächlich ursächliches Moment dafür; aber nicht in dem Sinne, wie es auch schon aufgefasst wurde, indem man annahm, der sich vergrössernde Uterus erweitere die Bauchhöhle, dränge die Muskelbündel und fascialen Gebilde auseinander und das Peritonaeum in diese Lücken hinein, sondern in dem Sinne, dass es nur das Ligamentum rotundum ist, das auf den Canalis inguinalis selbsterweiternd wirkt und nach seiner Rückbildung für eine Hernie Platz geschaffen hat.

Ein zweites Hauptmoment ist dann noch die erbliche Anlage, bedingt durch Ererbung der ungenügend verschlossenen Oeffnungen der Bauchwand zur Zeit des Fötallebens; nach Malgaigne sollen etwa zwei Dritttheile aller Hernien auf Vererbung beruhen.

„Unter 100 Leichen von Kindern, deren weitaus grösste Zahl in der ersten bis zwölften Woche nach der Geburt starb, fand ich den Processus vaginalis in 37 Fällen noch offen“ (Zuckerkandl, Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles).

Was im Weiteren die starke Ausdehnung des Unterleibes und die dadurch später bedingte Erschlaffung der Bauchdecken durch Ascites, Geschwülste etc. anbelangt, so sind dies zum Mindesten zweifelhafte Ursachen, und wären sie bei auf die ganze Bauchhöhle gleichmässig sich erstreckendem Drucke eher im Stande, gleich einem Ventil die hintere Wand des Inguinalkanals und des Inguinalringes an die vordere anzupressen und so eine allfällige Passage ganz zu verschliessen.

Als fernere Ursache zur Bildung von Inguinalhernien, besonders für die Hernia inguinalis directa wird das Alter angesehen, hauptsächlich die Zeit der raschen Abmagerung, indem an die Stelle des früheren Fettes durch die Lücken der Musculatur das Peritoneum austreten kann; auch die Atrophie des ausserhalb des Bauchfelles gelegenen Zellgewebes soll denselben Effect hervorbringen können.

Dass Schreien, Husten, Reiten, Heben schwerer Lasten, Erbrechen, erschwerter Stuhl etc. oft ein plötzliches Entstehen von Leistenbrüchen bedingen kann, wird heute allgemein als veraltete Ansicht angesehen, und lässt sich ja oft genug nachweisen, dass vorgebildete Bruchsäcke schon existirt haben, ehe die Hernie zum Vorschein kam.

Was die Diagnose der Inguinalhernien beim weiblichen Geschlecht anbetrifft, so kann dieselbe, obschon sie wegen der oberflächlicheren Lage unter der Haut einen Vortheil hat, doch noch genug Schwierigkeiten darbieten, und gilt dies hauptsächlich mit

Bezug auf die Femoralhernien, wenn man nicht genau die Lage der Geschwulst oberhalb dem Ligamentum Poupartii, entsprechend dem Leistenkanal ins Auge fasst.

In unserem Falle konnte über die Art des Tumors kein Zweifel sein, seine Entstehung, seine Fortsetzung seines Stiels in den Inguinalkanal hinein, der tympanitische Ton über fast der ganzen Fläche und dann das deutliche Gefühl von Vorhandensein des knolligen Netzes im unteren Theil sicherten die Diagnose.

Verwechslungen mit Femoralhernien können eintreten, namentlich wenn eine complete Hernia inguinalis etwas gross ist und der Leistenring nachgibt, so dass der Bruch statt in das Labium hinuntersteigt, sich gegen den Oberschenkel hin wendet, oder wenn der Femoralbruch so nach oben gelegen scheint, dass er eben einem Inguinalbruch ähnlich sieht.

In solchen Fällen dient nach Linhart die Lage des Tuberculum pubis zur Orientirung. Es befindet sich nämlich dieses bei allen derartigen Inguinalhernien an deren äusserer, unterer Seite und kann auch bei ganz grossen Brüchen an dieser Stelle gefühlt werden, wenn man dieselben nur noch nach oben und innen schlägt; bei Femoralhernien sitzt das Tuberculum pubis nach oben und innen und kann möglicherweise die Inguinalöffnung gefühlt werden. Allerdings trifft die letztere Beobachtung immer zu und man kann mit Bestimmtheit sagen, wenn das Tuberculum nach aussen liegt, so haben wir wenigstens keine Femoralhernie vor uns; es kann aber ganz entschieden der Fall eintreten, dass bei einer Inguinalhernie mit grossem Bruchsackhals das Crus externum des äusseren Leistenringes soweit nach aussen gedrückt wird, dass das Tuberculum nicht an der äusseren, sondern an der inneren Seite des Halses liegt.

Ueberhaupt ist der Unterschied zwischen Inguinalhernie und Hernia femoralis trotz der oberflächlichern Lage der ersteren beim Weibe schwerer als beim Manne nachzuweisen, weil man nicht so leicht die Fingerspitze in den Inguinalkanal einführen kann, da die Haut über dem Labium majus nicht so nachgiebig ist, wie die am Scrotum. Namentlich gilt das bei jüngeren, fetten Personen; bei älteren und mageren Individuen lässt sich die Labialöffnung fühlen, wenn man mit der Fingerspitze die glatte Innenfläche der Schamlippe vor sich her drängt.

Wenn es gelingt mit dem Finger die Bruchpforte zu palpiren, so dienen folgende zwei Merkmale zur Sicherstellung der Diagnose, ob man im Inguinal- oder im Cruralkanale ist.

Erstens: Man fühlt in ersterem Falle als untere Grenze das

Ligamentum Poupartii als straff, saitenartig-gespannte Membran, die sich zwischen den Fingern fassen lässt, währenddem man im zweiten Falle auf den horizontalen Schambeinast stösst, der eine glatte, feste Unterlage bildet und nach oben jenes straffe Ligament fühlt.

Zweitens: Der innere fühlbare Rand des Cruralkanales wird beim gewöhnlichen Schenkelbruch durch das Ligamentum Gimbernati gebildet, das eine halbmondförmige, scharfe Grenze hat und dem untersuchenden Finger das Gefühl eines einschneidenden Ringes darbietet.

Die Wandungen des Inguinalkanales sind ringsherum viel nachgiebiger und abgerundeter, nirgends so scharf wie das Ligamentum Gimbernati.

Nachträglich sei noch erwähnt, dass bei directen Leistenhernien das Tuberculum für gewöhnlich nach innen liegt.

Ist die Hernie noch klein, liegt aber schon im Labium, so können Cysten des Ligamentum teres uteri mit Leistenhernien verwechselt werden und oft ziemlich schwer zu differenziren sein. Es wird oft nur noch die Probepunction übrig bleiben, um die Diagnose sicher zu stellen; solche Fälle sind in der Literatur oft angeführt.

Auch bei vermutheter Incarceration wird unter solchen Umständen die Spaltung nur ihr Gutes haben, da dann die Cyste auf diese Weise am besten heilt.

Auch Verwechslungen mit einer Hydrocele ligamenti rotundi können vorkommen.

Einen solchen Fall erzählt uns der Guys Hospit. Rep. von 1843.

Ein Frauenzimmer von 25 Jahren wollte schon vor der Verheirathung eine Geschwulst in der Leistengegend, welche von Zeit zu Zeit wieder verschwand, gehabt haben. Seit einem Monate bemerkte sie dieselbe wieder, nahm aber wenig Notiz davon, weil sie keine Beschwerden hatte. Die Geschwulst wuchs besonders nach Anstrengungen und wurde von einem Chirurgen für eine Hernie erklärt. Bei näherer Untersuchung durch Key fand dieser in der Leistengegend eine Geschwulst die aus dem äusseren Leistenring hervor zu kommen schien und bis in das Labium majus hinter ging; sie konnte wohl etwas in den Kanal zurückgeschoben werden, die vollständige Reposition hingegen war unmöglich, auch schien sie nicht in directer Communication mit der Unterleibshöhle zu stehen. Nach Angabe der Patientin veränderte sich die Geschwulst oft, war manchmal bei Anstrengungen schmerzhaft und nahm in der Rückenlage bedeutend ab, war weich und fühlte sich wie eine, mit dem Ligamentum rotundum zusammenhängende, eine Flüssigkeit enthaltende Cyste an.

Key diagnosticirte eine Hydrocele ligamenti rotundi, injicirte Jodtinctur, worauf bald eine Verkleinerung dieser Cyste eintrat.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Key bei einer 32jährigen Frau, Mutter von 4 Kindern, die an einer Hernie zu leiden glaubte und deshalb den Arzt consultirte. Die Geschwulst war 4 Monate vorher ohne Veranlassung aus dem Inguinalkanal ausgetreten und ging in der Rückenlage spontan zurück, war circa gänseeigross, von cylindrischer Gestalt, leerem Percussionston und bot Fluctuation dar. Bei der Punction entleerten sich ungefähr 200 Grm. Flüssigkeit.

Genaue Untersuchung und namentlich Berücksichtigung der Anamnese wird in den meisten Fällen die Diagnose ziemlich sicher stellen können, doch wird man auch hier in den Fall kommen können, die Probepunction anzuwenden.

Keine besonders grossen Schwierigkeiten bietet die Differenzirung von Varicocele des Labium majus dar. Diese kommt besonders bei Weibern vor die viele und schwere Geburten durchgemacht haben. Gewöhnlich sind dabei die Venen des Ober- und Unterschenkels ektasirt, daneben besteht Hängebauch.

Bei der Palpation zeigt sich das Labium weich, elastisch, die Respiration wirkt in soweit auf die Geschwulst ein, als sich letztere bei kräftiger Exspiration vergrössert, bei Inspiration verkleinert, in liegender Stellung nimmt sie an Volumen ab, beim Stehen erscheint sie wieder grösser, alles Eigenschaften die auch einer Hernie zukommen können; bei genauer Untersuchung aber kann man leicht die gewundenen ektatischen Gefässe durch Palpation wahrnehmen. Von aussen erscheint das Labium bläulich in Folge von Gefässerweiterungen.

Entzündungen der Labien, die entweder acuter oder chronischer Natur sein können (besonders die ersteren), haben Aehnlichkeit mit eingeklemmten Hernien, und es ist in therapeutischer Hinsicht sehr nöthig vermittelst Anamnese und genauer physikalischer Untersuchung die Diagnose sicher zu stellen, um nicht, in der Voraussetzung einen Abscess zu eröffnen, den Darm anzuschneiden.

Namentlich bietet die phlegmonöse Entzündung der Schamlippen grosse Aehnlichkeit mit einer Incarceration, sind doch ausserordentliche Empfindlichkeit bei Druck darauf, klopfende Schmerzen, erschwerte Körperbewegung, Gefühl von Hitze und Spannung beiden gemeinsam und ergibt auch die physikalische Untersuchung bei beiden, dass das betreffende Labium stark geschwollen, empfindlich und hart ist.

Bei der Phlegmone findet sich aber gewöhnlich als Ursache ein

ätzender Vaginalausfluss, eine Vulvitis, ein mechanischer Insult, eine fehlerhafte Constitution die sonst gerne zu Furunkeln und Carbunkeln disponirt, die Entstehung ist eine viel allmähligere als bei einer Einklemmung, das Volumen der Geschwulst, das bei einer incarcerirten Hernie sich gleich bleibt, nimmt nach und nach zu, Erbrechen, aufgetriebener Unterleib, Verstopfung fehlen.

Die pudendale Hämatocele, der sogenannte Thrombus vulvae könnte Veranlassung zur Verwechslung geben, doch wird die Ursache der Entstehung (Trauma der Labien, Entbindung) und der physikalische Befund ganz bestimmte Anhaltspunkte geben. Auch Tumoren des runden Mutterbandes können mit Hernien verwechselt werden, da sie das Gefühl, ähnlich einer mit Flüssigkeit gefüllten Darmschlinge darbieten können, die man nicht reponiren, wohl aber entleeren kann.

Verwechslungen mit Abscess der Labien, oder mit Oedema labiorum werden bei genauem Krankenexamen und genauer Untersuchung kaum vorkommen können.

Noch eine Verwechslung der Labialhernie die aus dem Leistenkanal stammt, ist möglich, nämlich mit der im Gegensatz zu ersteren, und Hernia labialis anterior genannten Hernia labialis posterior.

Letztere ist eine vorgeschrittene Hernia perinealis, wie sie beim Weibe zwischen Vagina und Rectum nach Durchbruch oder bei Vorsichherschieben des Diaphragma pelvis erscheint und sich in das Labium majus senkt. Zum Unterschied der Hernia labialis anterior erscheint die posterior immer im hinteren Theil der Schamlippe und lässt sich in der Scheide bis in die Beckenhöhle hinein verfolgen, währenddem der obere Theil der Schamlippe, in dem die Hernia labialis anterior ihren Sitz hat, frei ist und auch im Leistenkanal keine Geschwulst fühlbar ist.

Prognose.

Wenn man überhaupt bei Hernien von einer guten Prognose sprechen darf, so sind es neben den Nabelhernien die Leistenbrüche des weiblichen Geschlechtes, die von allen Brüchen weitaus die günstigste Prognose stellen, wenigstens so lange sie noch klein sind, oder mit anderen Worten, so lange sie noch nicht aus dem äusseren Leistenring ausgetreten sind. „Absolut gut ist die Prognose bei den Inguinalhernien der Kinder und der äusseren Leistenbrüche bei jugendlichen Personen bis ungefähr zum zwanzigsten Jahr, wenn man zur Retention des Bruches ein passendes Bruchband hat“ (Bardeleben).

Bei Kindern ist die Prognose deshalb so gut, weil während des Wachsthums und der Pubertätszeit der Inguinalkanal sich beträchtlich verlängert und die gerade Richtung, bei der sich der äussere und der innere Leistenring fast gerade gegenüberstehen, mit einer schiefen, durch nach Aussenweichen der Darmbeine bedingten Richtung vertauscht; daher die leichte Entstehung und ebenso leichte Reposition von Inguinalhernien bei Kindern und das erschwerte oder aufgehobene Vordringen eines Bruches im späteren Alter, wenn in der Kindheit ein Bruchband getragen wurde.

Die anatomischen Verhältnisse bringen es mit sich, dass der Leistenkanal beim Weibe eine schiefere Richtung hat, als beim Manne, da die Entfernung der Spinae anteriores superiores beim Weibe, die ungefähr 23 Cm. beträgt, die beim Manne mit ca. 20 Cm. um 3 Cm. übertrifft; ein Hauptgrund zur Aufstellung der günstigen Prognose.

Schon oben wurde bemerkt, dass die Inguinalhernie beim Weibe selten eine erhebliche Grösse erreicht, dafür sprechen auch die sehr spärlichen Beobachtungen und Beschreibungen der Hernia labialis, und wirklich verschlimmert sich die Prognose erst dann, wenn die Brüche bis in das Labium hinuntersteigen, indem sie dann leicht irreponibel werden und sich incarceriren. Dass jedoch auch grosse Labialhernien leicht zurückgebracht werden können, dafür spricht folgender Fall, der in The Lancet 1873 veröffentlicht ist.

Die Beobachtung betrifft eine 40jährige Wäscherin, die sich in ihrem 34. Jahre eine rechtsseitige Leistenhernie zugezogen hatte, die nach und nach in das Labium heruntergelangt war. Ihre Länge betrug 18½ Zoll und ihr grösster Umfang war 15 Zoll. Es wurde nun die Reposition versucht, die auffallend rasch und gut gelang und da die Patientin kein geeignetes Bruchband erhalten konnte, wurde der Frau ein Suspensorium gegeben, das vermittelst einiger Riemen über die Brust, die Schulter und den Rücken fixirt werden konnte, so dass es bei keiner Körperbewegung gelockert werden konnte.

Was nun unseren Fall speciell betrifft, so ist bei ihm die Prognose nicht sehr günstig, wenn auch nach und nach der grösste Theil der Hernie, nämlich die Därme in der Bauchhöhle zurückgehen; es wird wahrscheinlich kaum möglich werden können, dass der doch immer kindskopfgrosse Netztumor durch die Bruchpforte hindurchzubringen sein wird, und so lange das unmöglich ist, ist natürlich die Gefahr einer Einklemmung immer vorhanden.

Incarcerationen bei Inguinalhernien sind in der That sehr selten

und namentlich viel seltener als beim Manne, oder gar als es die Cruralhernien beim Weibe sind, und kommen nach Beobachtungen am häufigsten bei Frauen vor, die sich in den klimakterischen Jahren, von 30—60, befinden.

Wernher operirte 25 eingeklemmte Leistenhernien, von denen nur eine einzige bei einer Frau vorkam.

J. Holmes machte von 200 Herniotomien 68 bei Leistenhernien, von denen sich nur 7 bei Frauen vorfanden.

P. Plum in Kopenhagen sah im dortigen Friedrichs-Hospital unter 572 eingeklemmten Hernien 240 Inguinalhernien, von denen 201 auf das männliche Geschlecht, und nur 39 auf das weibliche fallen, währenddem von 317 incarcerirten Cruralhernien 26 bei Männern und 291 bei Weibern vorkamen.

In Bezug auf das Alter vertheilten sich obige Fälle folgendermaassen:

1—10 Jahr	1
11—20 „	14
21—30 „	68
31—40 „	113
41—50 „	144
51—60 „	109
61—70 „	89
71—80 „	30
81—90 „	1
unbekanntes Alter	3

Die höchsten Ziffern von incarcerirten Leistenbrüchen beim Weibe finden sich bei Rose (Beobachtungen über den Bruchschnitt) aufgezeichnet. Er beobachtete von 188 eingeklemmten Brüchen des weiblichen Geschlechtes 14 Herniae inguinales; also etwas mehr als 7 Proc.

Therapie.

Wie schon aus der Prognose hervorgeht, gestaltet sich die Therapie bei den Leistenhernien des weiblichen Geschlechtes in der Mehrzahl der Fälle ziemlich einfach.

Bei kleinen Kindern und Mädchen bis ungefähr zum 20. Jahr lassen sich die Hernien gewöhnlich leicht reponiren und können ebenso leicht durch ruhige Rückenlage oder ein passendes Bracherium zurückgehalten werden und es kann durch anhaltendes, namentlich auch des Nachts fortgesetztes Tragen des Bruchbandes so allmählich auf ganz gefahrlose Weise eine Radicalheilung zu Stande gebracht werden.

In späteren Zeiten, wenn die Entwicklungsperiode vorbei ist,

wenn sich Schwangerschaften, Geburten, strenge Arbeit einstellen, kann ohne eingreifende Mittel, die dann allerdings dem Patienten mehr Schaden als Nutzen bringen können, die Radicalheilung kaum mehr eintreten. Das einzige Mittel ist dann, so lange die Hernien beweglich sind, das Tragen eines Bruchbandes, um wenigstens den Bruchinhalt zurückzuhalten und die durch die Hernie veranlassten Störungen, Unbequemlichkeiten und Gefahren möglichst zu vermeiden.

In unserem vorliegenden Falle, und damit bei allen anderen unbeweglichen Hernien ist die Therapie weit schwieriger. Unsere Patientin liegt nun schon vier volle Wochen im Bette und es hat sich auch wirklich die Bruchgeschwulst theils von selbst verkleinert, theils ist es möglich gewesen hier und da bei Repositionsversuchen einen Theil derselben zurückzubringen. Ein solches Verfahren kann aber, da die Patienten für gewöhnlich nicht Geduld genug dazu haben und nicht so lange das Bett hüten wollen, nicht immer bei solchen Hernien geübt werden, obschon es für den Patienten wenig schmerzhaft, und die Prognose günstig ist.

Hierbei ist auf unseren Fall speciell zurückzuweisen, da die Hernie von Anfang an vollständig immobil und von enormer Grösse war und man erst durch wochenweise angewandte Repositionsversuche in den Stand kam dieselbe zurückzubringen.

Ruhige Rückenlage, mit etwas erhöhtem Steiss, und dabei tägliche, gelinde Taxisversuche sind in solchen Fällen auf jeden Fall das beste, schonendste und zweckmässigste Mittel.

Die Wahrscheinlichkeit liegt ziemlich nahe, dass man im Stande sein wird auf diese Art, vielleicht auch noch mit Zuhülfenahme von gelind abführenden Mitteln in verhältnissmässig kurzer Zeit alle im Bruchsack gelegenen Darmschlingen in die Bauchhöhle zurückzubringen; ob wir aber diesen grossen Netztumor je ganz reponiren können, ist eine andere Frage.

Es würde sich also darum handeln diese Fettklumpen, die ja hauptsächlich das Hinderniss für die Heilung sind, auf ein möglichst kleines Volumen zu reduciren. Dafür hat man als unschuldiges und oft mit Vortheil angewandtes Mittel eine Hungercur vorgeschlagen, um nach und nach das Fett zur Resorption zu bringen und auf diese Art auf die einfachste Weise diese Klumpen wegzuschaffen.

Eine andere, weniger unschuldige Methode ist die, mittelst einer Art Bruchbänder das Netz zu comprimiren, um in dessen Umgebung eine kleine Entzündung anzuregen und so dem Austritt von Darm und Netz den Weg zu verlegen. — Allein die Ausdehnung der Ent-

zündung ist nicht zu bemessen und einer allfälligen Einklemmung einer vorfallenden Darmschlinge nicht vorzubeugen.

Besseren Dienst leistet bei solch grossen Netztumoren eine ausgehöhlte Pelotte, die sich dem Bruche genau anpasst und behufs Verkleinerung des letzteren allmählich mit Watte oder neuen Ueberzügen versehen werden kann.

In dem Fall wie es der unserige ist, wo die Hernie eine so enorme Grösse erreicht hat, wo eine ganze, sogenannte Eventration besteht, der Netztumor so bedeutend ist und es mit der grössten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, dass der Darm immer und immer wieder vorfällt, genügt, wenigstens für die erste Zeit, eine gehöhlte Pelotte nicht. Um deshalb die unter solchen Umständen nothwendig entstehenden Hindernisse an der Arbeit, die durch Druck und Zug eintretenden Hemmungen der Function Seitens der Verdauungsorgane u. s. w. zu beseitigen, ist die Benutzung eines Suspensoriums am Platze, das, um seinen Zweck zu versehen, d. h. um der grossen Masse und der bedeutenden Schwere eines solchen Tumors wirksam entgegentreten zu können, Tragriemen über die Schulter, nach Art von Hosenträgern haben muss und möglichst genau die Geschwulst umschliesst.

Unter solchen Umständen ist es bei lange fortgesetztem Tragen solcher Tragbeutel noch möglich, allmählich eine Atrophie des Netzes herbeizuführen; häufig kommt allerdings eine solche Heilung nicht zu Stande.

Bei den neueren Fortschritten der Wundbehandlung kommt auch noch die Radicalheilung mit streng antiseptischer Nachbehandlung in Frage.

Obschon bereits eine ganz ordentliche Anzahl solcher Fälle in der neueren Literatur verzeichnet sind, und Schede, Czerny, Nussbaum, Risel und Annandale sehr günstige Erfolge aufzuweisen haben, so wäre es doch wünschenswerth, dass diesen Resultaten bald neue anzureihen wären.

Gerade in unserem Falle wäre ein solcher Versuch nicht zu verwerfen, unterwirft sich doch eine Patientin, der durch ihr Leiden ihr ganzes Lebensglück vergällt ist, gern jeder Behandlungsweise.

Bei Incarcerationserscheinungen ist die Therapie natürlich ganz dieselbe wie beim männlichen Geschlecht, und müsste auch bei so grossen Hernien, wie bei der vorliegenden zur Herniotomie geschritten werden.